

国民健康保険料納付確認書 交付申請書

年 月 日

岩見沢市長 様

納付義務者（納付確認書を発行してほしい方）	
住所	
ふりがな	
氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生
申請者（窓口に来られた方）運転免許証等の身分証明書をご提示ください。	
住所	
氏名	
納付義務者との関係	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 同居の家族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> その他 ➡ 委任状（様式は任意も可）が必要です。
確認書の必要な年	_____年分
使用目的	<input type="checkbox"/> 年末調整 <input type="checkbox"/> 確定申告

委 任 状		年 月 日
代理人	住所	
	氏名	
私は、上記の者を代理人として、国民健康保険料の納付確認書に関する書類の申請と受領の権限を委任いたします。		
委任者	住所	
	氏名 Ⓜ	
	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	

※確認欄	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> パスポート		
市記入欄	納付確認書	通	受付者